

Är fertilitetsvården jämlik för alla?

Kartläggning av fertilitetsbehandlingar inom den offentliga sjukvården.

Maj Lundberg

Examensarbete

Vård

2015

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	
Författare:	Maj Lundberg
Arbetets namn:	Är fertilitetsvården jämlik för alla? Kartläggning av fertilitetsbehandlingar inom den offentliga sjukvården.
Handledare (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Uppdragsgivare:	Monimuotoiset perheet
<p>Sammandrag:</p> <p>Detta arbete är ett beställningsarbete från Simpukka ry och är en del av Kaikkien perheiden Suomi- projektet. Uppdragsgivaren är Monimuotoiset perheet. Syftet med denna empiriska studie är att kartlägga vem som erbjuds fertilitetsvård inom den offentliga sjukvården och vilka är de faktorer som kan hindra en från att delta i behandlingarna. De centrala frågeställningarna är <i>Vilka är de faktorer som påverkar deltagandet i fertilitetsbehandlingar inom den offentliga sjukvården?</i> och <i>Vid vilka situationer måste patienten söka sig till de privata klinikerna?</i> Som teoretisk referensram användes social- och hälsovårdsministeriets rapport ”Enhetliga grunder för icke-brådskande vård vid en enhet för fertilitetsbehandlingar”. I denna kvantitativa studie användes enkät som datainsamlingsmetod. Enkäten skickades ut till alla kliniker och sjukhus där fertilitetsbehandlingar erbjöds. I arbetet analyserades svaren från den offentliga sjukvården. I undersökningen deltog både läkare, barnmorskor och sjukskötare. Forskningens svarsprocent var 80 %.</p> <p>Resultatet påvisar att ensamstående kvinnor, kvinnopar och transsexuella personer har svårt att få behandling inom den offentliga sjukvården. Möjligheterna till behandling varierar mellan de olika sjukhusen. Skillnader fanns också vid användningen av donerade könsceller, antalet behandlingar som erbjuds och behandling av HIV- positiva personer. I undersökningen framgick det att ställningen för HIV – positiva patienter kommer att förbättras från och med nästa höst.</p>	
Nyckelord:	Barnlöshet, fertilitetsbehandlingar, jämlikhet, Simpukka ry, Monimuotoiset perheet, enkätundersökning
Sidantal:	51
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	
Author:	Maj Lundberg
Title:	Are fertility treatments equal for everyone? Mapping of fertility treatments in the public health system.
Supervisor (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Commissioned by:	Monimuotoiset perheet
<p>Abstract:</p> <p>This thesis is a commissioned work from Simpukka Association and its part of “Kaikkien perheiden Suomi”- project. The client for this thesis is “Monimuotoiset perheet”. The aim of this empirical study is to identify who is offered fertility treatment within the public health system and what are the factors that can prevent one from taking part in the treatments. To answer the aim of this study, these following research questions were asked: 1. What are the factors that influence participation in fertility treatments within the public health system? and 2. In what situations should the patient turn to the private clinics? Ministry of Social Affairs and Health’s report "Common grounds for non-urgent care at a unit for infertility treatments" serves as the theoretical framework in this study. The method used in this quantitative study is a survey data collection method. The questionnaire was distributed to all clinics and hospitals where fertility treatments are offered. In this study only the responses from the public health system are analysed. The study included both doctors, midwives and nurses. The research response rate was 80%.</p> <p>The results show that single women, homosexual couples and transgender people have difficulties getting treatment through the public health system. The possibilities of treatment varies between the different hospitals. Differences were also in the use of donor-gametes, the number of treatments offered and treatment of HIV positive persons. The investigation revealed that the situation of HIV - positive patients are going to improve from next autumn.</p>	
Keywords:	Infertility, fertility treatment, equality, Simpukka ry, Monimuotoiset perheet, survey
Number of pages:	51
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Hoitoala
Tunnistenumero:	
Tekijä:	Maj Lundberg
Työn nimi:	Ovatko hedelmöityshoidot tasavertaisia kaikille ? Hedelmöityshoitojen kartoitus julkisessa terveydenhuollossa.
Työn ohjaaja (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Toimeksiantaja:	Monimuotoiset perheet
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämä opinnäytetyö on tilaustyö Lapsettomien yhdistys Simpukka ry:lle ja osa Kaikkien perheiden Suomi-hanketta. Toimeksiantaja on Monimuotoiset perheet. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää hedelmöityshoitojen saatavuutta julkisen terveydenhuollon klinikoilla ja tutkia samalla esteitä, jotka estävät hedelmöityshoitojen saannin. Tutkimuskysymykset ovat 1. Mitkä ovat ne kriteerit jotka estävät hedelmöityshoitojen saannin julkisella terveydenhuollolla? ja 2. Minkälaisissa tilanteissa potilaan on hauduttava yksityiselle klinikalle? Tutkielman teoreettisena näkökulmana käytettiin sosiaali- ja terveysministeriön selvitystä ”Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet hedelmöityshoitoyksikössä”.</p> <p>Tässä kvantitatiivisessa tutkielmassa käytettiin tiedonhankinnassa kyselylomaketta. Kyselylomake lähetettiin sekä julkisen että yksityisen sektorin hedelmöityshoitoklinikoille. Tässä tutkielmassa analysoitiin julkisilta hedelmöityshoitoklinikoilta saatuja vastauksia. Tutkimukseen osallistui sekä lääkäreitä, kättilöitä että sairaanhoitajia. Tutkimuksen vastausprosentti oli 80 %.</p> <p>Tutkimustulokset osoittavat että yksin vastaanotolle saapuvilla naisilla, naispariskunnilla sekä transsukupuolisilla henkilöillä on vaikeaa saada hoitoa julkisen terveydenhuollon puolelta. Hedelmöityshoitojen saatavuus vaihteli klinikoiden kesken. Eroavaisuuksia oli myös lahjasukusolujen käytössä, tarjottujen hoitojen määrässä sekä HIV-positiivisten henkilöiden hoidossa. Tosin HIV-positiivisten potilaiden tilanne tulisi paranemaan syksystä 2015 lähtien.</p>	
Avainsanat:	Lapsettomuus, hedelmöityshoidot, tasavertaisuus, Simpukka ry, Monimuotoiset perheet, kysely
Sivumäärä:	51
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

Innehåll

1	Introduktion.....	7
2	Ofrivillig barnlöshet och vårdmetoderna	9
2.1	Definiering av infertilitet och bakgrund	9
2.1.1	Statistik på fertilitetsvården i Finland.....	10
2.1.2	Faktorer som påverkar fertiliteten.....	11
2.1.3	Fertilitetsundersökningar	12
2.1.4	Fertilitetsbehandlingarna	13
2.1.5	Donering av könsceller.....	14
2.2	Kriterier inom den offentliga sjukvården	15
2.3	Lag om assisterad befruktning	16
3	Tidigare forskning	17
3.1	Sexuell inriktning och regnbågsfamiljer.....	18
3.2	Hiv-smittade och bärare av andra smittosamma sjukdomar	20
3.3	Ensamstående kvinnor	21
3.4	Ålderns inverkan på fertiliteten	21
4	Teoretisk perspektiv	22
4.1	Enhetliga grunder för icke-brådiskande vård vid en enhet för fertilitetsbehandlingar ..	23
5	syfte och frågeställningar	24
6	Material och metod	25
6.1	Den kvantitativa metoden	25
6.2	Utarbetning av enkäten	26
7	Etiska reflektioner.....	27
7.1	Informerat samtycke	27
7.2	Skydd av privatlivet.....	28
7.3	Krav på korrekt presentation av data	28
8	resultat	29
8.1	Resultatredovisning.....	30
9	Diskussion	36
9.1	Resultat i jämförelse med tidigare forskning, lagen om assisterad befruktning och grunderna för icke brådiskande vård.....	37
10	Kritisk granskning.....	40

11	Avslutning	41
	Källor / References	44
	Bilagor / Appendices	49
	Bilaga 1. Informationsbrev åt deltagarna	49
	Bilaga 2. Påminnelse brev åt informanterna	50
	Bilaga 3. Enkätfrågorna	51

1 INTRODUKTION

Enligt uppskattningarna lider vart femte par av ofrivillig barnlöshet i något skede av livet och ungefär hälften av dem tar fertilitetsbehandlingar till hjälp (Miettinen 2008). Cirka 80 procent av dem som genomgår fertilitetsbehandlingarna från början till slut får barn uppger Institutet för hälsa och välfärd, THL (2014) (hädanefter endast THL i en rapport från 2014). Det är svårt att avgöra exakt hur många som lider av barnlöshet, då alla inte låter sig undersökas eller genomgår fertilitetsbehandlingar. Ofrivillig barnlöshet är ett växande problem, vilket delvis kan bero på att många unga skjuter upp bildandet av familj till ett allt senare skede i livet. Många barnlösa har också gjort ett medvetet beslut att inte få barn.

Det uppskattas att 5 miljoner barn har fötts med hjälp av fertilitetsbehandlingar världen över sedan det första provrörsbefruktade barnet föddes år 1978 (ESHRE 2014). Årligen söker sig ungefär 3 000 nya par till fertilitetsbehandlingar i Finland inom den offentliga och den privata hälsovården (Väestöliitto 2015). Oftast beror barnlösheten på fysiologiska orsaker, bl.a. på upprepade missfall, dött barn eller infertilitet. Kvinnans ålder ökar avsevärt risken för missfall. Hos kvinnor över 40 år leder var tredje eller fjärde graviditet till missfall (Suikkari et al. 2007). Förutom fysiologiska orsaker finns det många som lider av barnlöshet på grund av sin livssituation. Orsaker som beror på livssituationen kan exempelvis vara att partnern inte önskar sig barn eller också kan den sexuella läggningen medföra ofrivillig barnlöshet. Manliga par har exempelvis svårt att få egna barn, då surrogatmoderskap är förbjudet i Finland (THL 2014).

Fertilitetsbehandlingarna har varit tillgängliga i Finland i drygt 20 år och på grund av utvecklingen kan också ensamstående kvinnor och kvinnliga par få sitt önskade barn (Miettinen 2008). Med hjälp av dagens teknologi inom sjukvården kan man försöka lösa barnlösheten. Många par förlitar sig på sjukvården och fertilitetsbehandlingarna, men när dessa lösningar inte längre fungerar blir besvikelsen oerhört stort. Par som genomgår fertilitetsbehandlingar behöver stöd och hjälp med att bearbeta sina känslor under

hela processen och också lära sig acceptera det faktum att de kanske aldrig kommer att föda ett eget barn (Arlebrink 1996 s. 123- 124).

Barnlöshet kan för många vara en av de största kriserna i vuxenåldern. Rädslan för att bli ensam och utan familj kan påverka kvinnans identitet på ett bestående sätt. Många par hoppas på barn i flera år och genomgår många behandlingar och missfall. Par som genomgår fertilitetsbehandlingar rapporteras uppleva ångest och depression, oro över hur de själva samt hur deras partner kommer att orka, hur behandlingarna kommer att lyckas och vilken effekt det har på hälsan (Paananen et al. 2015).

För många är det egna barnet själva meningen med livet och man vill att något lever vidare efter ens egen död. Det kan anses som en mänsklig rättighet att få barn och att det är samhällets plikt att hjälpa då man inte själv har naturliga förutsättningar för detta. En kvinna kan uppleva att hon inte är fullt ut en kvinna innan hon fött ett barn. Samtidigt finns det en föreställning om att två vuxna bildar en familj först då de har barn (Arlebrink 1996 s. 125).

Detta arbete görs som ett beställningsarbete för Simpukka ry som är den enda expertorganisationen för de ofrivilligt barnlösa i Finland. Organisationens målsättning är att främja de ofrivilligt barnlösas ställning och hälsa. Simpukka ry ökar samhällets kunskap om barnlöshet och producerar informativt material i ämnet. Organisationen erbjuder stödgrupper, övervakar de barnlösas rättigheter och påverkar beslut angående de barnlösa. Det viktigaste målet för organisationen är att de ofrivilligt barnlösa skall må bra i vårt samhälle. Föreningen önskar tillräckligt med resurser för fertilitetsbehandlingarna och vill garantera att ekonomiska orsaker eller bostadsort inte får påverka möjligheten att erhålla behandlingar (Simpukka ry 2015).

Tillsammans med vårdstuderande Anna Sundqvist har vi producerat ett frågeformulär som skickats till fertilitetsklinikerna. Vi har delat upp ämnet så att Anna i sitt arbete skriver om de privata fertilitetsklinikerna och analyserar de svar hon får från dem medan, jag fokuserar på den offentliga sjukvården.

2 OFRIVILLIG BARNLÖSHET OCH VÅRDMETODERNA

I detta arbete kartläggs olika hinder som uppstår vid deltagandet i fertilitetsbehandlingar. Fokus ligger på vem som erbjuds vård och hur vården varierar inom den offentliga sektorn. Inledningsvis definieras infertilitet och barnlöshet, de olika vårdmetoderna, problematiken med vem som erbjuds vård samt de aktuella lagarna angående assisterad befruktning.

2.1 Definiering av infertilitet och bakgrund

Enligt WHO definieras infertilitet som oförmåga att åstadkomma en graviditet efter minst ett års försök med regelbundet oskyddat samlag. Infertilitet kan också innebära oförmåga att upprätthålla en graviditet eller föda ett levande barn (WHO 2015).

Infertilitet delas in i *primär* och *sekundär* infertilitet. Med primär infertilitet menas då att ett par inte lyckats ge upphov till egen biologisk avkomma, antingen genom oförmåga att bli gravid eller oförmåga att föda ett levande barn, t.ex. på grund av missfall eller utomkvedshavandeskap. Sekundär infertilitet innebär att paret redan från tidigare har ett eller flera gemensamma barn men inte kan åstadkomma den planerade graviditeten.

Till skillnad från infertilitet innebär sterilitet varaktig ofruktsamhet. Total infertilitet är ovanlig och drabbar endast 3-5% av alla par (Paananen et al. 2015). Ungefär 80-85 % av paren blir gravida inom ett år efter avslutande av preventivmedel och av resten blir hälften ännu gravida det följande året (Tiitinen 2014b). Andelen kvinnor i åldern 20-44 år som lider av infertilitet i minst 12 månaders tid, uppskattas vara 9 % i hela världen.

2.1.1 Statistik på fertilitetsvården i Finland

Medelåldern för förstföderskor i Finland år 2013 var 28,5 år och har stigit med ett år sedan 1995. Antalet förstföderskor som är över 35 år var 6,1 % år 1993 och hade stigit till 11,5 % år 2013. Andelen förstföderskor över 35 år var störst vid Helsingfors och Nylandsdistrikt (Vuori & Gissler 2014). Kvinnor är som mest fertila vid 25-årsåldern och fertiliteten börjar sjunka redan vid 30-årsåldern och ännu betydligare vid 35 år. Orsaken till detta är att äggcellerna föråldras. Kvinnor föds med ett visst antal äggceller och största delen av dem är redan förstörda i tonåren. Män producerar däremot spermier under hela sin livstid och fertiliteten börjar sjunka efter 40 års-åldern, men betydligt långsammare än hos kvinnor (Tiitinen & Perheentupa 2014). En annan orsak till barnlösheten kan vara att spermiekvaliteten hos männen långsamt har försämrats under åren (Paananen et al. 2015).

År 2012 påbörjades 13 900 fertilitetsbehandlingar i Finland. Av dessa ledde 2 976 till graviditet och 2 446 till lyckad förlossning, vilket motsvarar 4,1 % av alla barn som föddes detta år i Finland (THL 2014). År 2013 verkade 25 kliniker i Finland som erbjöd assisterad befruktning. Av dem var 10 stycken inom den offentliga sektorn. Fertilitetsbehandlingar gavs vid alla fem universitetssjukhus, samt vid fem centralsjukhus. De fem universitetssjukhusen är Kvinnokliniken (HYKS), Kuopion Yliopistollinen sairaala (KYS), Turun Yliopistollinen sairaala (TYKS), Oulun Yliopistollinen sairaala (OYS) och Tampereen Yliopistollinen sairaala (TAYS) och de fem centralsjukhusen där fertilitetsbehandlingar ges är Pohjois-Karjalan keskussairaala (PKSSK), Keski-Suomen keskussairaala (KSSHP), Mikkelin keskussairaala (ESSHP), Keskipohjanmaan keskussairaala (KPSHP) och Päijät-Hämeen keskussairaala (PHSOTEY). År 2013 gavs 42,1 % av fertilitetsbehandlingarna inom den offentliga hälso- och sjukvården (Valvira 2015).

2.1.2 Faktorer som påverkar fertiliteten

I 20-30 % av fallen beror infertiliteten på fysiologiska orsaker hos mannen, i 20-35 % på fysiologiska orsaker hos kvinnan och i 25-40% av fallen finns problemet hos båda parter. I 10-20% av fallen hittas ingen orsak, s.k. oförklarlig infertilitet (ESHRE 2014).

Kvinnans infertilitet beror oftast på störningar i ovulationen (20-30 %), skada i äggledarna (10-20 %), endometrios (10-20 %) eller strukturella fel i livmodern. Ovulationsrubbningar kan bero på PCOS, överproduktion av prolaktin, hyper- eller hypotyreos eller över- eller undervikt. Hos mannen handlar det främst om försämrad kvalitet av spermieproduktion (20-40 %) eller störningar i sädesuttömningen. Oftast produceras inte tillräckligt spermier, eller spermier över huvud taget. Andra orsaker som också påverkar infertiliteten kan vara strukturella problem såsom testikelcancer, testikelbräck, erektionsproblem samt retrograd sädesuttömning (sädesvätskan rör sig i fel riktning).

Den stigande åldern hos den kvinnliga partnern och de faktorer som påverkas av detta är dock de vanligaste orsakerna i dag till barnlösheten (Paananen et al. 2015, Suikkari 2007). Klamydia och andra infektionssjukdomar har blivit allt vanligare bland unga vuxna vilket också anses påverka den ökade barnlösheten (Miettinen 2008).

Levnadsvanorna har en stor inverkan på fertiliteten både hos män och kvinnor. Rökning, riklig användning av alkohol och droger försämrar fertiliteten och minskar på prognosen för graviditet (Suikkari et al. 2007). Menstruationscykel- och ovulationsrubbningar är vanliga hos kvinnor med övervikt. Speciellt bukfetma är anknutet till hormonella förändringar som är skadliga för fertiliteten. Undervikt kan medföra olika menstruationsrubbningar som inte nödvändigtvis återställs även efter viktökning.

Olika sjukdomar och läkemedel som påverkar möjligheterna till graviditet är bland annat keliaki, anemi, hypotyreos, stress, anaboliska steroider, medicinering vid chronssjukdom, cytostatika vid behandling av cancer, riklig användning av NSAID-läkemedel och vissa blodtrycksmediciner (Paananen et al. 2015). Andra sjukdomar som

man tar i hänsyn till innan påbörjandet av en graviditet är diabetes, reuma, epilepsi, astma, blodets koaguleringsrubbningar och psykiska störningar. Utsöndringen av stresshormonerna adrenalin, noradrenalin och kortisol anses påverka fertiliteten negativt. Menstruationscykeln och ovulationen är känsliga för stress. Oftast anses fertilitetsbehandlingarna vara en stressig upplevelse och detta kan försvåra möjligheterna till graviditet (Suikkari et al. 2007).

2.1.3 Fertilitetsundersökningar

Det rekommenderas att söka sig till fertilitetsundersökningarna efter att man försökt få barn i ett års tid. Alltid lönar det sig inte att vänta ett helt år, sådana fall är exempelvis om kvinnan är över 35 år, menstruationscykeln är oregelbunden eller om man misstänker skador i äggledarna eller försämrad spermiekvalitet (Väestöliitto 2015). Innan behandlingarna kan påbörjas kartläggs personens medicinska historia, levnadsvanor och en klinisk undersökning görs för att den rätta diagnosen skall kunna ställas. Ifall paret har levnadsvanor som påverkar fertiliteten måste dessa korrigeras innan behandlingarna kan påbörjas, t.ex. vid ovulationsrubbningarna som är orsakade av över- eller undervikt måste en normalvikt återställas (Simpukka 2015, Tiitinen 2014).

Hos kvinnan undersöks både fysiologisk, anatomisk och endokrinologisk status. Anemi, sköldkörtelns aktivitet och utsöndringen av prolaktin utreds hos kvinnan. Ovulationen, det vill säga ägglossningen, bestäms genom mätning av halten av luteiniserande hormon (LH) före ägglossningen eller genom progesteronhalten efter ägglossningen. Detta görs bl.a. genom blod- och urinprov och genom gynekologiska undersökningar såsom PAPA-prov och ultraljud. Hos mannen undersöks antalet spermier, deras rörlighet och struktur samt andra celler och möjliga spermieantikroppar (Simpukka 2015, Paananen et al. 2015).

2.1.4 Fertilitetsbehandlingarna

De olika behandlingsformerna är hormonbehandling, insemination, provrörsbefruktning och mikroinjektion.

Hormonbehandlingar: Ovulationsrubbingar kan effektivt behandlas med hormonbehandlingar. Vid överproduktion av prolaktin eller vid störningar av sköldkörtelfunktion räcker det att den ursprungliga orsaken behandlas. Också vid rubbingar orsakade av över- eller undervikt brukar det räcka med att normalvikt uppnås. De vanligaste hormonpreparat som används är Clomifen i tablettform eller injektioner med FSH, det vill säga follikelstimulerande hormon (Suikkari et al. 2007).

Insemination (*IUI, intrauterine insemination*): Vid inseminationsbehandlingarna sprutas spermier direkt in i livmoderhålan. Vid behandlingen används antingen partners spermier (AIH = artificial insemination with husband semen) eller donerade spermier (AID = artificial insemination with donor semen). Vid insemination används en tvättningsmetod där de spermier som rör sig bra separeras från sperman. Spermierna insemineras sedan in i kvinnans livmoderhåla i samband med ägglossningen. Inseminationen kan göras under den naturliga menstruationscykeln, då är framgångsprocenten 5-10 %. Ifall äggstocksstimulerande hormonbehandling används samtidigt är framgångsprocenten 10-20%.

Insemination kan användas vid många olika orsaker till barnlösheten och också vid oförklarlig barnlöshet. Behandlingen kräver dock att äggcellerna mognar normalt antingen av sig själva eller med hjälp av hormonbehandlingar samt ett tillräckligt stort antal rörliga spermier (Paananen et al. 2015 s. 373). År 2012 gjordes sammanlagt 4 528 inseminationsbehandlingar, av vilka 76,8 % var med partners spermier och 23,1 % med donerade spermier. Totalt föddes 424 barn med hjälp av inseminationsbehandlingar (THL 2014).

Provrörsbefruktning (*IVF, in vitro fertilization*): Kan användas vid nästan alla fertilitetsproblem och är den mest effektiva fertilitetsbehandlingen. Ursprungligen har behandlingen använts då äggledarna varit blockerade, men i dag används den vid

endometrios, äggledarskador, då orsaken finns hos mannen eller vid oförklarlig barnlöshet. Provrörsbefruktningen kan göras med egna könsceller eller med donerade äggceller, spermier eller embryon. Med hormonbehandlingarna stimulerar man äggstockarna till att producera flera äggceller på en gång. Dessa äggceller samlas in via en ultraljudsstyrd punktering där nålen förs direkt till äggstockarna genom livmoderväggen. De mogna äggcellerna samlas i en odlingsskål där temperaturen samt surhetsgraden motsvarar densamma som i livmodern. Under tiden förbereds spermier genom att separerar de rörliga spermier med en så kallad spermietvätt. Vid befruktningen av äggcellerna tillsätts ungefär 200 000 spermier per äggcell. Alla äggceller befruktas dock inte. Senast 5-6 dagar efter befruktningen måste den befruktade äggcellen flyttas in i livmodern. Den bästa äggcellen flyttas och resten fryses ner. År 2012 föddes totalt 1 997 barn med hjälp av provrörsbefruktning i Finland (Tiitinen 2014). Med partners egna könsceller gjordes 8 100 provrörsbefruktningar och 702 stycken med donerade äggceller och 527 med donerade spermier. Av provrörsbefruktningar med donerade könsceller gjordes 96,1 % inom den privata sjukvården (THL 2014).

Mikroinjektion (*ICSI, intracytoplasmic sperm injection*): Används då barnlösheten orsakas av mannen, dvs. då spermieantalet är väldigt lågt eller spermier rör sig dåligt. Vid mikroinjektion besprutas en enda spermie direkt in i äggcellen med en tunn glasnål. Ifall sädesledarna är tilltäppta och sädesvätskan inte innehåller några spermier alls kan spermier samlas in direkt från testiklarna eller bitestiklarna. Mikroinjektion används också då man vid provrörsbefruktningen inte lyckats befrukta en enda äggcell (Tiitinen 2014).

2.1.5 Donering av könsceller

Alla personer som donerar könsceller väljs ut noga och går igenom en hälsogranskning. Donatorn måste enligt lagen registrera sig för att barnet har rätt till donators personuppgifter efter att denna fyllt 18 år. Valvira upprätthåller ett register på personer som donerar könsceller eller embryon. Personuppgifter registreras endast en gång i registret, dvs. ifall personen donerar flera gånger syns detta inte i registret. Enligt Valvira har ungefär hälften av spermiedonatorerna varit utlänningar. År 2013 gjordes totalt 219 ägg-

cellsdonationer, 184 spermadonationer och 39 embryodonationer. Antalet behandlingar med donerade könsceller har under de senaste åren ökat. Förekomsten av donerade könsceller begränsar antalet fertilitetsbehandlingar som kan ges. Donerade äggceller skaffas enbart från inhemska donatorer medan donerad sperma anskaffas både från inhemska donatorer och från utlandet, främst Danmark (THL 2014). Situationer där kvinnor behöver donerade äggceller är bland annat då de inte kan producera egna äggceller, äggstockarna har opererats bort på grund av sjukdom, efter flera IVF-behandlingar som inte lett till önskat resultat, flera missfall eller då risken för en ärftlig sjukdom är stor. (Tiitinen et al 2015)

2.2 Kriterier inom den offentliga sjukvården

I Finland ges fertilitetsbehandlingar både inom den privata och inom den offentliga hälso- och sjukvården. Från och med 1992 har alla kliniker varit skyldiga att ge information angående antalet fertilitetsbehandlingar, framgångsprocent och slutresultaten åt Institutet för hälsa och välfärd (Eskola & Hytönen 2008 s. 317).

Inom den offentliga sjukvården är övre åldersgränsen för kvinnor för fertilitetsbehandlingar ungefär 40 år. I lagen om assisterad befruktning ges ingen övre åldersgräns för vem som kan delta i fertilitetsbehandlingarna och åldersgränsen för kvinnor varierar inom de privata samt offentliga klinikerna mellan 40 och 45 år. Oftast finns det ingen övre åldersgräns för män, men en del kliniker anger en övre åldersgräns som varierar mellan 62 och 65 år (THL). Även om det inte i lagen finns några begränsningar för hur många behandlingstillfällen som erbjuds har många kliniker inom den offentliga sjukvården en begränsning på 3-4 gånger (THL). Vården täcker oftast inte behandlingar med donerade könsceller, behandlingar efter sterilisering eller behandlingar av par som redan har två eller flera barn tillsammans. Personer med smittosamma sjukdomar får också begränsat med vård. Man strävar efter att endast ge sådan behandling som är effektiv. Sannolikheten för behandlingsresultatet skall vara minst 10 % vid provrörsbehandlingar. Vid insemination och hormonbehandlingar kan

procenten vara lägre. Vid bedömning av sannolikheten för graviditeten undersöks bland annat könsorganens och äggstockarnas struktur samt kvaliteten på sädesvätskan. Vid bedömning av graviditetsriskerna beaktas både modern och barnet (HNS 2015b).

Inom den offentliga sjukvården är avgiftstaket 679 euro per år, varefter behandlingarna är avgiftsfria till årets slut. (HNS 2015) Kostnaderna varierar inom den privata sjukvården beroende på klinikerna. En del behandlingar ersätts av Folkpensionsanstalten (FPA), men oberoende av ersättningen från FPA är priserna på de privata klinikerna mångfaldiga i jämförelse med de offentliga klinikerna (Miettinen 2008).

2.3 Lag om assisterad befruktning

Lagen om assisterad befruktning kom i kraft 1.9.2007. Lagen behandlar också donation och lagring av könsceller och embryon. Enligt lagen om assisterad befruktning kan behandling inte ges då:

- Den som får behandling inte har gett sitt skriftliga samtycke.
- Den ena parten i ett par som får behandling är gift med en tredje person.
- Graviditeten på grund av kvinnans ålder eller hälsotillstånd kan medföra betydande fara för kvinnans eller barnets hälsa.
- Den som gett sitt samtycke till assisterad befruktning har återkallat samtycket eller avlidit.
- Det är uppenbart att barnet inte kan tryggas en balanserad uppväxt, eller det finns anledning att anta att barnet kommer att ges bort som adoptivbarn.

Det väsentliga med lagen om assisterad befruktning är att säkra rättigheterna för det barn som föds med hjälp av behandlingen. Fertilitetsbehandlingar kan göras med egna könsceller, donerade äggceller, spermier eller embryon. Lagen om assisterad befruktning begränsar inte givandet av fertilitetsbehandling på basen av ålder, sexuell inrikt-

ning, handikapp eller civilstånd. Enligt lagen sätts inga kriterier på parförhållandet för att delta i fertilitetsbehandlingarna. Däremot kan inte ensamstående kvinnor eller kvinnliga par behandlas på de kliniker där behandlingar med donerade könsceller inte utförs. Lagen tillåter inte surrogatmoderskap vilket medför att manliga par inte kan skaffa barn via assisterad befruktning (Finlex, 2006, Suikkari et al 2007).

Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter, har var och en som varaktigt bor i Finland utan diskriminering och inom gränser för de resurser som vid respektive tidpunkt står till hälso- och sjukvårdens förfogande rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. Varje patient har rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet och vården skall ordnas och patienten bemötas så att hans människovärde inte kränks och att hans övertygelse och integritet respekteras (Finlex 1992).

Enligt Finlands grundlag: ”Alla är lika inför lagen. Ingen får utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person.

3 TIDIGARE FORSKNING

Sökning av tidigare forskning har gjorts på Google Scholar, Science Direct och PubMed. Via Google Scholar användes sökorden ”hedelmöityshoidot” och ”saatavuus” vilket resulterade i 10 träffar, av vilka två var lämpliga och valdes. På Science Direct och PubMed användes sökorden ”assisted reproduction”, ”infertility treatment”, ”legal issues” och ”equal access”. Endast forskning som varit tillgängligt gratis har valts. En del av forskningarna har hittats via snöbollseffekten. Endast forskning från år 2010 och senare har tagits i beaktande. Jag har valt att fokusera på forskning som gjorts i Finland, då situationerna och tillgängligheten varierar starkt runt om i världen. Dessa forskningar ger den bästa inblicken i den situation som gäller i Finland för tillfället. Nedan presenteras artiklarna temavis.

3.1 Sexuell inriktning och regnbågsfamiljer

Enligt Sateenkaariperheet ry:s utlåtande ”*Syrjintä julkisissa hedelmöityshoitopalveluissa ei perustu lakiin – yhdenvertaiset palvelut on taattava ohjeistuksella*” (30.4.2013) har kvinnliga par, ensamstående kvinnor samt andra regnbågsfamiljer i princip inte fått någon fertilitetsbehandling inom den offentliga sjukvården i Finland. De har istället fått vända sig till de privata klinikerna, även om det inte finns några lagliga grunder för denna typ av diskriminering.

I vissa fall har heterosexuella par, där den ena eller båda parterna har transsexuell bakgrund, fått vård vid den offentliga sjukvården. I vissa fall har de blivit avvisade och fått söka vård inom den privata sjukvården. Vissa kliniker har t.ex. inte erbjudit vård åt par med transkvinnans (man som genomgått könsbyte) förvarade spermier, även om detta borde vara möjligt. I vissa fall har också den transsexuella mannens partner blivit nekad vård med donerade könsceller av den anledningen att mannen inte ens i teorin kunde producera egna spermier.

Enligt de offentliga klinikerna har en anledning till nekande av fertilitetsvården varit bristen på donerade könsceller och prioriteringen av dessa (Sateenkaariperheet ry, 2013). I "Grunderna för icke-brådsakande vård vid en enhet för fertilitetsbehandlingar" rekommenderas att man inte använder fertilitetsbehandlingar i situationer där barnlösheten är orsakad av sterilisering. Enligt Jämställdhetsombudsmannen bör rekommendationen inte användas i situationer där steriliseringen gjorts i samband med transsexualitet. Steriliseringen är inte ett eget val för den transsexuella utan en följd av vården och kriteriet för att socialskyddsnumret skall ändras så att det motsvarar det rätta könet. Då transpersonen påbörjat hormonbehandlingen kan denna inte mera producera könsceller även om könsorganen ännu är orörda. Den egna könscellsproduktionen kan påbörjas på nytt i de fall då man pausar med hormonbehandlingarna, men detta kan vara ett väldigt tungt beslut för många transpersoner. En del transpersoner har därför fryst ner av sina könsceller innan de påbörjat hormonbehandlingarna för att de senare kan användas för att befrukta deras partner. En del offentliga kliniker har helt och hållet tagit bort behandlingarna där donerade könsceller används, vilket enligt "Sateenkaariperheet, 2013" kan

anses som diskriminering. Regnbågsfamiljerna måste ofta förlita sig på donerade könsceller. Enligt "Sateenkaariperheet, 2013" hindras regnbågsfamiljerna att utnyttja den offentliga sjukvården. Därmed råkar de i en annan ställning vad gäller tillgången till tjänster som erbjuds av den offentliga sjukvården. (Sateenkaariperheet ry 2013)

I artikeln "*Access to fertility treatment by gays, lesbians and unmarried persons: a committee opinion*" diskuterar Amato, Paula et al. (2013) lika rättigheter till fertilitetsbehandlingar för ensamstående och homosexuella par som för heterosexuella par. I artikeln diskuteras också ensamstående män och manliga par, men då surrogatmoderskap inte är tillåtet i Finland beaktar jag inte detta i mitt arbete.

Resultaten från ett flertal undersökningar visar att barn till homosexuella föräldrar inte utvecklar sig, anpassar sig eller mår sämre än barn till heterosexuella föräldrar. Enligt dessa resultat är det inte berättigat att begränsa utbudet av fertilitetsbehandlingar på basen av personens civilstånd eller sexuella inriktningen. När det gäller att erbjuda fertilitetsbehandlingar åt dessa individer eller par uppstår frågor gällande reproduktiva rättigheter, barnets välmående, diskriminering av ensamstående och homosexuella par och professionell autonomi.

Den etiska frågan som ställs är ifall det är acceptabelt att hjälpa ensamstående och lesbiska par oberoende av deras sexuella inriktning. En annan fråga som ställs är ifall klinikerna är skyldiga att erbjuda vård oberoende kön, civilstånd eller sexuell inriktning. Den traditionella familjen, som består av en man och en kvinna som är gifta och deras barn är inte mer lika vanligt och har ändrats under åren på grund av bland annat ökat antal skilsmässor, adoption, assisterad befruktning och erkännande av de kvinnliga- och de homosexuella rättigheterna. Ensamstående kvinnor och homosexuella par önskar sig avkomma av samma orsaker som heterosexuella par. När man tar i betraktande betydelsen av att få barn, finns det ingen rätt till att neka ensamstående och homosexuella par samma rättigheterna till förökning som andra individer (Amato et al 2013).

3.2 Hiv-smittade och bärare av andra smittosamma sjukdomar

Enligt Positiiviset ry får inte HIV -positiva personer eller deras HIV-negativa partner fertilitetsbehandling i Finland. Detta beror på att HIV -positiva personers vävnader och celler inte på grund av smittorisken kan behandlas i samma laboratorier som andra personers vävnader eller celler. HIV -positiva personer får på egen bekostnad fertilitetsbehandling i Sverige och Norge, medan andra HIV-negativa personer får samma behandling mycket närmare och billigare i Finland. Laboratorier som behandlar HIV -positiva personers vävnader och celler kräver specialförhållanden. Då sådana laboratorier saknas leder det till att HIV -positiva eller deras partner inte får fertilitetsbehandling. Ofrivillig barnlöshet är oftast inte orsaken till fertilitetsbehandlingar av HIV -positiva. Främsta orsaken är att påbörjandet av graviditeten kan förorsaka smittorisk för barnet eller partnern (Tapper 2014). Inom vissa fertilitetskliniker har en HIV -positiv kvinna fått inseminationsbehandling, då man inte vid inseminationen behöver behandla den HIV -positiva kvinnans könsceller. I dessa fall har mannen varit HIV-negativ (Leskinen 2014).

I en dansk undersökning” *Reproductive patterns and fertility wishes among HIV-infected patients: survey from six outpatient clinics in Denmark*” av Laursen et al. (2012) undersöktes HIV- infekterade patienters önskemål angående fertilitet och reproduktion. Undersökningen var en enkätundersökning där 409 HIV – patienter deltog. Från att HIV – infektionen varit en dödlig diagnos har den nu med hjälp av antiretroviral medicinering blivit en medicinskt hanterbar kronisk sjukdom. Den förbättrade medicineringen har nu också minskat överföringen av HIV mellan modern och barnet. Genom spermietvätt och insemination har man kunnat sänka överförandet av HIV mellan fadern och modern och fadern och barnet till 0 %. Enligt undersökningen kunde man påvisa att HIV – positiva kvinnor hade lika starkt behov att få barn som HIV – negativa kvinnor. Alltså påverkade inte HIV – infektionen önskan att få barn. I undersökningen framkom också hur 10 av 15 barn kommit till utan hjälp av assisterad befruktning efter att föräldern blivit diagnostiserad med HIV. Den HIV -positiva föräldern var alltså medveten om sin smitta. Dessa barn samt partnern utsattes alltså för en hög risk av att bli HIV- smittade. Detta understryker hur viktigt det är att HIV – patienter har tillgång

till assisterad befruktning och att dessa individer är beredda att ta riskerna med oskyddat samlag för att bli gravida. En del av dessa graviditeter kan ha varit oplanerade (Laursen et al 2012).

3.3 Ensamstående kvinnor

Med ensamstående kvinnor menas de kvinnor som söker sig till fertilitetsbehandlingar utan en partner. Den ensamstående kvinnan som söker sig till fertilitetsbehandlingarna behöver en spermiedonation. År 2007 ändrades lagstiftningen gällande fertilitetsbehandlingar vilket resulterade i att alla som donerar skulle registreras. Tidigare har man kunnat donera spermier anonymt. Detta ledde till en minskning av spermiedonationer efter att lagförändringen trädde i kraft.

Med lagförändringen ville man säkra att barnet som fötts med hjälp av donerade könsceller senare i livet har rätt till uppgifter om donatorn. Detta skrämde bort en stor del av donatorerna även om de inte hade några juridiska plikter. En minskning av de donerade spermierna har lett till svårigheter för ensamstående kvinnor att få fertilitetsbehandlingar. Detta leder också till att det kan ta en längre tid innan kvinnan får fertilitetsbehandling. Kvinnan har ovulation bara en gång per månad och om det inte finns donerade spermier tillgängliga på kliniken just vid det ögonblicket, flyttas behandlingen automatiskt en månad framåt (Nipuli 2012).

3.4 Ålderns inverkan på fertiliteten

Kvinnans fertilitet avtar med stigande ålder både på grund av inre- och yttrefaktorer. I artikeln ”*Management of infertility in women over 40*” konstaterar Cabry et al. (2013) hur effekten av fertilitetsbehandlingarna minskar med stigande ålder. Kvinnor över 40 år måste informeras om de låga framgångsprocenten och de risker hög ålder medför.

Insemination har en låg framgångsprocent bland kvinnor som är över 40 år, och därmed rekommenderas istället provrörsbefruktnings och/eller mikroinjektion ända till 43 års ålder. Embryodonation anses vara ett bra alternativ för kvinnor som är över 40 och har dålig prognos. Det kan resultera i en lyckad graviditet ända upp till 45 års ålder. Flera studier har rapporterat om låga födseltal hos kvinnor över 40 år. En stor orsak till detta är tidiga missfall. Enligt en studie av Spandorfer et al. där en grupp patienter på i medeltal 45,4 år som genomgick IVF/ICSI behandlingar ledde 85,3% till missfall. I en annan studie av Ron-El et al. fick man liknande resultat. För kvinnor i åldern 40, 41, 42 och 43 som fick IVF behandling blev motsvarande 14 %, 9 %, 26 % och 0 % gravida och 7 %, 2 %, 13 % och 0 % resulterade i födsel. Enligt en tredje undersökning av Klipstein et al. som gjordes med IVF behandlingar med embryotransfusioner blev 25,4% av 40 åringarna gravida, jämfört med 18,8% av kvinnorna mellan 41 och 42 år, 9,6 % av 43 åringarna och 1,6 % av 44 åringarna. Dessa resultat bekräftar att fertiliteten sjunker vid stigande ålder, speciellt efter 43 års ålder (Cabry et al 2013).

I Anna-Maija Tappers utlåtande *”Enhetliga grunder för befruktningsbehandling”* beskrivs utförligt fertilitetsbehandlingarna i Finland, lagstiftningen och de problem som finns idag. I undersökningen deltog Invalidiliitto ry, Simpukka ry, Seta ry, Sateenkaariperheet ry, Trasek ry och Positiiviset ry, THL och Fimea. Utlåtandet tar det upp bland annat HIV – positiva, ensamstående kvinnors, kvinnliga par och transsexuellas rättigheter vid fertilitetsbehandlingar (Tapper 2014).

4 TEORETISK PERSPEKTIV

I detta kapitel presenteras studiens teoretiska referensram. Som teoretisk referensram har jag valt de *”Enhetliga grunder för icke brådskande vård vid fertilitetsbehandlingar.”* De är gemensamma för den offentliga sjukvården i hela landet. Målet med lagstiftningen är att säkerställa befolkningens tillgång till icke-brådskande vård på lika grunder oberoende av bosättningsort. Resultatet av enkätundersökningen kommer att jämföras med *”Enhetliga grunder för icke brådskande vård vid en enhet för fertilitetsbehandlingar”*.

4.1 Enhetliga grunder för icke-brådskande vård vid en enhet för fertilitetsbehandlingar

De ”Enhetliga grunder för icke-brådskande vård vid en enhet för fertilitetsbehandlingar” trädde i kraft 2005 och har senast uppdaterats 2010. Icke-brådskande vård innebär att patientens hälsotillstånd inte kräver omedelbar vård, utan patienten kan vänta både på beslutet om vårdbehovet samt på själva vården. Beslut angående icke-brådskande vård har varierat stort i olika delar av landet. För att säkerställa att alla i hela landet får vård på samma grunder har Social-och hälsovårdsministeriet samt THL samlat ihop gemensamma rekommendationer för tillgången till vård.

Grunder för icke-brådskande vård vid en enhet för fertilitetsbehandlingar:

- Oavsett behandlingsmetod ska utgångspunkten vara att endast verksamma behandlingsformer används, onödiga och upprepade behandlingar bör inte vidtas.
- Utsikter ska säkerställas för att graviditet kan börja innan behandlingarna inleds: förlossningsorganens struktur och äggstocksfunktionen samt kvaliteten av sädesvätskan utreds. Riskerna i samband med graviditet bedöms för både modern och fostret.
- Sannolikheten till framgångsrik behandling ska vara minst 10 % vid provrörsbefruktning per behandlingsomgång. För hormonbehandlingar och inseminationer accepteras en lägre framgångsprocent.
- Utsikterna att lyckas kan bedömas med hjälp av följande aspekter: 1) halten av follikelstimulerande hormon (FSH) i blodet är upprepade gånger förhöjt i början av cykeln (över15-20 IU /L), AMH är låg (40 v) 3) svår missbildning av livmodern 4) flera tidigare misslyckade fertilitetsförsök (t.ex. insamling av fler än 3 äggceller jämte hormonbehandling).
- Alla erbjuds tillräckligt stöd i samband med undersökningar och behandling.

Att beakta ytterligare:

- Smittsamma sjukdomar, till exempel HIV och andra virusinfektioner som förutsätter specialberedskap av laboratoriet bör koncentreras.
- Embryodiagnostik bör utvecklas i samarbete nationellt och internationellt, behandlingarna bör koncentreras.
- Åtgärder i anknytning till bevarandet av fertiliteten i samband med medicinska indikationer bör utvecklas på riksomfattande nivå.
- Fertilitetsbehandling kan genomföras trots att egentlig infertilitet inte ligger bakom, om det finns grunder för detta.
- Målet är att så många personer som möjligt som är i behov av behandling ska få behandling i rätt tid. Behandling erbjuds efter individuellt övervägande i till exempel dessa situationer: om familjen redan har två barn, om kvinnan genomgått frivillig sterilisering, eller längden på barnlösheten eller undersökningsresultaten ännu inte förutsätter användning av fertilitetsbehandlingar.

Förutom rekommendationerna beaktar läkaren alltid också patientens individuella livssituation och vårdbehov. Rekommendationerna skall korrigeras och utvecklas konstant enligt den erfarenheten som fås. Patienten har inte rätt att få vilken som helst vård och läkaren har rätt att avvika från rekommendationerna vid behov. Grunder för icke-brådskande vård vid en enhet för fertilitetsbehandlingar gäller hormonbehandlingar, artificiell insemination, provrörs- och mikroinseminationsbehandlingar samt operativ behandling (Tapper 2014, Social- och hälsovårdsministeriet 2010).

5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Denna studie strävar till att kartlägga vem som erbjuds fertilitetsbehandling inom den offentliga sjukvården. Syftet är att klargöra vad som kan hindra deltagandet i fertilitetsbehandlingarna. Vilka är de kriterier som klinikerna ställer på patienten? Behandlas alla jämlikt då de söker fertilitetsbehandlingar? Målet är att kartlägga vem som får vård och vem som inte får, samt att få en helhetsbild av hur tillgängligheten av behandlingarna skiljer sig mellan de olika klinikerna runt om i landet.

De centrala forskningsfrågorna är:

- Vilka är de faktorer som påverkar deltagandet i fertilitetsbehandlingar inom den offentliga sjukvården?
- Vid vilka situationer måste patienten söka sig till de privata klinikerna?

6 MATERIAL OCH METOD

För att få en så omfattande beskrivning på variationen mellan de olika klinikerna som möjligt skickas enkäten ut till alla kliniker som erbjuder fertilitetsbehandlingar i Finland både inom den privata och offentliga sjukvården. Det fullständiga urvalet används vilket omfattar alla enheter. Arbetet avgränsas till att endast undersöka vilka de kriterier är som hindrar personer från att delta i fertilitetsbehandlingar. Arbetet kommer att svara på frågorna *Vilka är de faktorer som påverkar deltagandet i fertilitetsbehandlingar inom den offentliga sjukvården?* och *Vid vilka situationer måste patienten söka sig till de privata klinikerna?*

En del frågor är aktuella endast inom den privata sjukvården, men då samma enkät skickas ut till både offentliga samt privata enheter måste alla svara på frågorna, även om svaret kan vara förutsägbart.

Enkäten skickas ut via e-post med en länk till hemsidan där enkäten finns.

6.1 Den kvantitativa metoden

Den kvantitativa metoden är oftast extensiv. Den behandlar flera enheter och är relativt sluten vilket innebär att det är enklare att behandla stora mängder data. För att använda sig av den kvantitativa metoden måste man ha tydliga frågor och på förhand definiera vilka svar som är de relevanta (Jacobsen 2012 s.185). När man genomför en kvantitativ undersökning måste man genomgå en forskningsprocess som består av tre faser, *planeringsfasen*, *insamlingsfasen* och *analysfasen*.

Planeringsfasen består av planering av en hypotes samt utformning och planering av själva undersökningen. Det viktigaste med hypotesen är formuleringen och att man kan ge den vetenskapligt stöd. En bra hypotes är en förutsättning för att undersökningen skall bli lyckad. Det viktigaste är att fundera på vad man är intresserad av att undersöka och sedan formulera en problemställning. Om undersökningen inte är välplanerad finns det en stor sannolikhet att undersökningen blir resultatlös.

I datainsamlingsfasen måste man tänka på insamlandets pålitlighet och giltighet. Vid datainsamlingen måste man välja den lämpligaste metoden för att man skall få en bra grund vid bedömning av hypotesen. Sista fasen är analysfasen där man analyserar det data man fått in. Analysfasen delas också in i två faser där man i den första fasen beskriver det insamlade datat och i den andra fasen avgör om det insamlade datat ger skäl att tro att hypotesen är sann (Hartman s. 207 - 209).

6.2 Utarbetning av enkäten

I detta arbete har vi valt att samla in vårt data med hjälp av en enkät. För att kunna utforma enkäten har vi börjat med att formulera syftet och våra forskningsfrågor, det vill säga undersöka tillgängligheten för fertilitetsbehandlingarna. Detta har vi gjort genom att forska i ämnet och gå igenom litteratur som behandlar problemet. Vi har också fört diskussioner med vår uppdragsgivare från Monimuotoiset perheet. På basen av den information vi samlat in har vi formulerat ett frågeformulär som svarar på frågor om vem som erbjuds fertilitetsbehandlingar och vilka eventuella hinder som kan förekomma. Frågorna är enkla ja- eller nejfrågor men en del frågor har dessutom också en öppen svarslucka för möjlig tilläggsinformation. Frågeformuläret inleds med tre inledande frågor där det frågas vilken klinik den intervjuade personen jobbar på samt till vilken yrkesgrupp personen hör. Dessutom frågas hur många provrörsbefruktningar som görs i sjukhuset/kliniken årligen, för att få en uppfattning om hur stor klinik det är fråga om. I slutet av enkäten har deltagaren möjlighet att fritt tillägga viktig information som inte kommit fram vid tidigare frågor, eller kommentera frågorna. Enkäten innehåller 15 frågor och tar ungefär 10 minuter att slutföra. Tanken var att göra enkäten så enkel och

lätt att svara på för att få möjligast många svar, men också säkra att man får all den information man vill ha. En för lång enkät kan minska på svarsprocenten. Innan enkäten skickades ut till målgruppen gjordes en pilotstudie där en representativ person testade enkäten. Meningen med pilotstudien är att kontrollera frågorna, hur de fungerar och möjligen göra förändringar innan enkäten skickas ut. Deltagandet i enkätundersökningen är frivilligt och anonymt.

Följebrevet som skickas ut i samband med enkäten skall beskriva undersökningens syfte, viktigaste teman, hur respondenterna valts ut, anonymitet, svarsdatum, kontaktpersoner och ett tack för att respondenten deltar i undersökningen. Svarstiden för enkäten var två veckor och efter en vecka skickades det första påminnelsebrevet ut. Enkäten, följbrevet och påminnelsebreven finns som bilagor i slutet av arbetet. Innan enkäten och följbrevet skickades ut har de granskats av både vår handledare, vår uppdragsgivare Monimuotoiset perheet, av Simpukka ry:s verksamhetsledare och av det etiska rådet. Efter detta gjordes ännu en pilotstudie.

Materialet från enkätundersökningen har analyserats skilt för varje fråga. Analysen gjordes genom att jämföra svaren sinsemellan med varandra. Vid analysen beaktades främst hur stora skillnader det framkom mellan svaren.

7 ETISKA REFLEKTIONER

Vid undersökningar som behandlar andra människor finns det tre grundläggande etiska krav som måste uppfyllas. Dessa är *informerat samtycke*, *skydd av privatlivet* och *krav på korrekt presentation av data* (Jacobsen 2012 s.32).

7.1 Informerat samtycke

Det grundläggande för informerat samtycke är att den som deltar i undersökningen skall delta frivilligt och att den som deltar är medveten om alla risker och möjligheter som

deltagandet innebär. Valet att delta i undersökningen måste ske utan någon press från andra eller från omgivningen. För att personer fritt skall kunna bestämma ifall de vill delta i undersökningen måste undersökningens huvudsyfte, för- och nackdelar samt hur data skall användas framföras klart och tydligt (Jacobsen 2012 s.32 -33). Att ge så mycket upplysning om huvudlinjerna i forskningsprojektet och varför det genomförs anses vara god forskningspraxis, så att de som uppmanas delta har tillräckliga grunder för att delta eller låta bli. Informationen till deltagarna i undersökningen ges ofta i ett informationsbrev eller så kallat följebrev (Alver 1997). I följebrevet som skickats ut i samband med frågeformuläret kommer det tydligt fram att deltagandet är frivilligt.

7.2 Skydd av privatlivet

När en undersökning görs måste informationens sensitivitet övervägas. Ju känsligare ämnet är desto noggrannare måste man vara med att skydda den undersökta's privatliv. Ifall det är möjligt för en utomstående att identifiera en enskild person eller vad denna person har svarat på en fråga är det fråga om kränkning av privatliv. Ju mindre urval man har desto större blir risken att identifiera enskilda personer. För att anonymisera data som presenteras skall man avlägsna data som kan bidra till att identifiera enskilda personer, exempelvis uppgifter om ålder och kön. Man kan istället för att peka ut en specifik yrkesgrupp säga att en person tillhör en stor yrkesgrupp. Vid vissa fall kan man t.o.m. uppge fel kön eller ålder för att undvika att en person skall kunna identifieras. Man skall alltid sträva till anonymitet, så att det blir omöjligt att koppla samman informationen med en enskild person. Man måste kunna garantera att personuppgifter inte sprids (Jacobsen 2012 s.34 - 36).

7.3 Krav på korrekt presentation av data

Man skall försöka återge de resultat man erhållit från undersökningen på ett fullständigt sätt och placera in dem i rätt sammanhang. Fullständigt återgivande av resultatet är bara

ett ideal, men all analys av data innebär en reduktion av detaljer och mångfald. Därför måste man sträva till att återge resultat i sitt fullständiga sammanhang, även om detta är svårt att uppnå. Korrekt presentation av data innebär också att data inte får förfalskas. Att lämna bort resultat eller ”fixa till det” strider mot forskningsetiken (Jacobsen 2012 s. 37).

8 RESULTAT

I detta kapitel presenteras resultatet av enkätundersökningen. Av de 10 stycken offentliga sjukhusen som enkäten skickades åt svarade 8 stycken. Därmed var svarsprocenten 80 %. Varje fråga kommer att redovisas separat. De citat som redovisas i detta kapitel är alla citat från enkätsvaren. Enkäten finns som bilaga i slutet av arbetet.

I de inledande frågorna frågades vilken klinik deltagaren arbetar på, vilken yrkesgrupp deltagaren hör till samt hur många provrörsbefruktningar som görs på avdelningen per år. Denna fråga ställdes främst för att få en bild av hur stor kliniken är samt förstå hur många som berörs av kliniken. I resultatredovisningen utges inte skilt vad en enskild klinik svarat för att bibehålla informanternas anonymitet. Från en del kliniker fick vi flera svar. Nedan finns en tabell på vilka sjukhus som svarat på undersökningen.

Tabell 1. Sjukhusen som deltog i undersökningen

Sjukhus:	Antalet IVF-behandlingar årligen:
TAYS, Tamperen yliopistollinen sairaala	ca 750
TYKS, Turun yliopistollinen keskussairaala	ca 200
PKSSK, Pohjois-Karjalan keskussairaala	ca 100
PHSOTEY, Päijät-Hämeen keskussairaala	ca 60

Naistenklinikka, Helsingin yliopistollinen sairaal	1265
ESSHP, Mikkelin keskussairaala	
OYS, Oulun yliopistollinen sairaala	ca 300
KYS, Kuopion yliopistollinen sairaala	ca 250

8.1 Resultatredovisning

Första frågan handlade om ifall kliniken har en övre åldersgräns för de kvinnliga patienterna som söker vård. En av klinikerna svarade att de inte har någon övre åldersgräns för kvinnor som söker sig till vård. En annan klinik svarade att åldersgränsen varit tidigare 39 år, men idag kartläggs situationen innan beslutet görs. Fyra kliniker utgav en övre åldersgräns på 40 år och en klinik 40-42 år. En av klinikerna har en övre åldersgräns för underökningar som är 41-42 år, medan åldersgränsen för behandlingar är 40 år. Endast en av klinikerna har en övre åldersgräns på 63 år för män som söker behandling. Kommentar av en klinik med en övre åldersgräns på 40 år för kvinnor:

"Ikä ei ole ainoa hoidon onnistumiseen vaikuttava asia. Ratkaisevaa on tuloksellisuus, eli mahdollisuus onnistua. Vrt hoitotakuu!"

Alla sjukhusen ger behandling åt par med tidigare gemensamma barn. En av klinikerna svarade att de ger behandling åt par med flera gemensamma barn, medan resten, 7 av klinikerna, ger behandling åt par som har ett gemensamt barn men inte åt de par som har flera barn.

Av alla sjukhus är det endast ett som erbjuder behandlingar åt ensamstående kvinnor som söker sig till vården. Resten av sjukhusen svarade att de inte erbjuder vård åt ensamstående kvinnor. En av klinikerna kommenterade frågan med att tillägga att de inte använder sig av donerade könsceller, alltså äggceller, spermier eller embryon. En

annan klinik kommenterade såhär: *"Me tarjoamme hoitoja ainoastaan jos lapsettomuuden syy on lääketieteellinen. Emme käytä luovuttajien sukusoluja"*.

Följande fråga gällde ifall klinikerna erbjuder fertilitetsbehandlingar åt kvinnopar. Ingen av sjukhusen erbjuder vård åt kvinnopar. Två kliniker tillade att orsaken är den samma som ovan, alltså att kliniken inte använder sig av donerade könsceller eller att de endast behandlar då det finns medicinska skäl till barnlösheten.

Följande fråga gällde ifall klinikerna erbjuder fertilitetsbehandlingar åt de par där den andra parten är transsexuell. En av klinikerna svarade att de ger behandling åt transsexuella par men efter övervägande. Sex kliniker svarade "nej" på frågan och en av klinikerna kommenterade: *"En osaa oikein vastata, tiedän, että yhdelle tällaiselle pariskunnalle on tehty hoito. En tiedä onko meillä jonkinlainen päätös asiasta."*

Kommentarer från kliniker som svarade att de inte erbjuder behandlingar åt transsexuella:

"Ei tietävästi ole ollut kyselyitäkään joten mitään linjaa ei ole kai muodostettu. Meillä ei käytetä lahjasukusoluja."

"Tällä hetkellä ei mahdollista. Sukusoluja ei ole säilytyksessä (sen suhteen tilanne tulee muuttumaan). Luovutettuja sukusoluja ei käytössä."

Fråga nr 9 gällde ifall kliniken erbjuder vård åt patienter som tidigare genomgått en sterilisering. Två av klinikerna svarade att de inte ger behandling åt dessa patienter. Vid en klinik svarade respondenten att denna inte visste med säkerhet men högst troligt är svaret "nej". Fem kliniker svarade att de ger behandling åt patienter som genomgått sterilisering. Kommentarer av de kliniker som svarade "ja" på frågan:

"On ainakin aiemmin hoidettu."

”Harkinnalla, jos toisella osapuolella ei ole lapsia, jos henkilöiden elämäntilanteeseen on tullut muutoksia, joihin ei ole osannut varautua (sterilisaatio on tietoinen päätös olla hankkimatta lapsia!).”

I följande fråga frågades ifall klinikerna erbjuder behandlingar med donerade könsceller. Fem kliniker svarade att de inte behandlar med donerade könsceller, utan endast använder sig av patientens egna könsceller. Tre av klinikerna svarade att de ger behandlingar med donerade könsceller. Två av dessa använder sig av donerade spermier, medan den tredje inte utgav vilken typ av donerade könsceller de använder sig av.

Fråga nr 11 gällde HIV- positiva och B- och C- hepatit patienter och ifall de erbjuds vård. Första frågan var ifall kliniken erbjuder fertilitetsbehandlingar åt HIV- positiva kvinnor. Följande fråga gällde HIV- positiva män och sista frågan personer smittade av B- eller C- hepatit. Nedan ses en tabell med svaren från de olika klinikerna.

Tabell 2. Behandlingar som erbjuds för HIV- positiva och för patienter med B- eller C- hepatit. Ordningen är slumpmässig

Hiv-positiv kvinna:	Hiv-positiv man:	B- och C-hepatit:
Nej	Nej	-
Nej	Nej	Nej
Ja	Nej	-
Nej	Nej	Ja
Ja	Ja	Ja
Nej	Nej	Nej
Ja	Nej	Ja
Nej	Nej	Ja

En av klinikerna som lämnade tomt vid frågan gällande B- och C- hepatit skrev såhär:
”Hepatiitti potilaiden hoito riippuu nukleinihappotasosta”.

Kommentar från en klinik som svarade att de erbjuder vård åt HIV- positiva kvinnor:

"HIV- positiiviselle/ B- C hep. positiiviselle naiselle voidaan tarjota inseminatiohoitoa, jos mies on terve. Laboratorio- olosuhteista johtuen emme voi tarjota muita hoitoja tartuntatautia sairastaville."

"Ohjaamme HUS jatkohoitoon."

Kommentar från kliniken som svarade "ja" på alla frågor:

"Vastaus koskee tulevaa syksyä, jolloin klinikassa pitäisi olla infektiolaboratorio (remontti on käynnistynyt)."

Kliniker som svarat att de erbjuder vård åt patienter med B- eller C-hepatit:

"Hoidon tarjonta riippuu tartuttavuudesta, meillä on omat erilliset ohjeet. Jatkossa tartuntavaaralliset potilaat tullaan lähettämään HUS: iin infektiolaboratorioon."

"Ainoastaan jos hepatiitti on todettu parantuneeksi, ei siis tuoreita tartuntoja. Hoidot arvioidaan yksilöllisesti. Hoito suunnitellaan nii, ettei sillä viikolla ole muita IVF- hoidettavia."

"Jos hepatiitti ei ole tartuttavaa. Soluja ei pakasteta."

Fråga nr 12 gällde ifall personen som söker behandling måste vara finsk medborgare eller inte. Fyra kliniker svarade att personen som behandlas måste ha finskt medborgarskap. Två kliniker svarade "nej" på frågan och kommenterade med att det räcker att personen har finsk personbeteckning och ett Kela-kort.

I fråga nr 13 frågades vilket är det maximala antalet behandlingar som ges till ett par som söker vård. Frågan delades upp i provrörsbefruktningar, insemination med partners egna spermier, insemination med donerade spermier och i möjliga andra behandlingar. Nedan ses en tabell med svaren.

Tabell 3. Det maximala antalet behandlingar som erbjuds åt ett par? Ordningen är slumpmässig.

Vid provrörsbefruktningar:	Vid inseminationsbehandlingar med mannens egna spermier:	Vid inseminationsbehandlingar med donerade spermier:
3-4	3-4	Niitä ei juurikaan tehdä, vaan mieluummin IVF-hoitoja. 3
Yleensä kolme, paitsi joissain tapauksissa.	7	Emme käytä lahjasukusoluja.
Kolme. Ylimääräiset hoidot arvioidaan tapauskohtaisesti.	Kolme. IVF-hoitoon lähdetään herkästi jos todetaan, ettei IUI kannata (esim. siemennesteen laatu heikko)	-
Max 0-5, ennuste vaikuttaa (ks. hoitotakuu; 10 % onnistumismahdollisuus arvioidaan eri kriteereillä)	ennusteen mukaan, yleensä ei kannata jatkaa >3	Ei käytössä.
3 IVF stimulaatiota.	3-6	-
3 tuoresiirtoa	3-4	-
3-4	6	6

Kommentarer gällande provrörsbefruktningarna:

”Raja nykyään liukuva, kolmea hoitoakaan ei automaattisesti tarjota.”

”Mikäli hoidosta on onnistuneita raskauksia ja synnytyksiä, arvioimme yksilöllisesti, kuinka monta hoitoja voidaan antaa, koska kyseessä ”hyvän ennusteen” potilaita. Toisaalta, mikäli ennuste on erittäin huono, saatamme antaa esim. vain 2 hoitoa.”

Endast en av klinikerna ger inseminationsbehandlingar med donerade spermier. Denna klinik svarade att de ger 6 stycken behandlingar. En annan klinik svarade att de inte erbjuder inseminationsbehandlingar med donerade spermier, utan istället använder prov-

rörsbefruktning. Antalet provrörsbefruktningar med donerade spermier som denna klinik ger är tre stycken. Resten av klinikerna svarade att de inte ger inseminationsbehandlingar med donerade spermier.

”Emme tarjoa hoitoja luovutetuilla soluilla. Teemme maksusitoumuksen yksityiselle klinikalle pareille, jos lapsettomuuden syy on lääketieteellinen, eli jos sen syynä on esim. siittiöiden täydellinen puutos tai ennenaikainen menopaussi ja yksilöllisesti valikoiden mahdollisesti muissa lääketieteellisissä indikaatioissa (esim. lapsettomuus, joka esiintyy syöpähoitojen seurauksena).”

Fråga nr 14 var en öppen fråga där det frågades ifall det funnits situationer där kliniken inte erbjudit vård och om så varit, i vilka situationer?

”Todettu päihderiippuvuus. Aiempi lapsi huostaan otettu.”

”Ylipainoiset, Yksinäiset naiset, Yli 43 vuotiaat.”

”Jos BMI on liian korkea tai epäilemme ettei lapsen hoitoon riitä taitoa tai resursseja.”

*”Naisen vaikea yleissairaus, vaarallinen sekä äidille että sikiölle raskauden aikana
Vaikea päihdeongelma. Toinen osapuoli parhaillaan vankilassa.”*

”Jo kaksi yhteistä lasta. Omia sukusoluja ei käytettävissä.”

”On ollut. Esimerkiksi jos katsotaan, että hoitoon hakeutuneet eivät kykenisi hoitamaan lapsia: psyykkiset syyt, huumeikäyttö. Myös mikäli raskaus olisi hengenvaarallinen äidille vakavan sairauden takia.”

I den sista frågan gavs möjlighet att ytterligare tillägga något gällande fertilitetsbehandlingar på respektive klinik?

”Mielestäni julkisen puolen hoitoja pitäisi rajoittaa näin laman aikana erityisesti. Esim. Sterilisaation jälkitilat.”

“Jonotusajat lyhyet.”

”Jonot pitkät, aikaa keskusteluun ja psyykkiseen tukeen vähän. Eli resursseja sen mukaan, kuin on hoidon kysyntää ja tarvetta.”

”Voisi harkita myös luovutetun sperman käyttöä julkisella puolella annettuihin hoitoihin.” Denna kommentar är från en klinik som inte erbjuder behandlingar med donerade könsceller.

9 DISKUSSION

I detta kapitel analyserar jag resultatet. Resultatet jämförs både med den teoretiska referensramen samt med tidigare forskning. Jag diskuterar också mina forskningsfrågor och syfte.

Forskingens syfte var att kartlägga vem som erbjuds fertilitetsbehandling inom den offentliga sjukvården. Behandlas alla jämlikt då de söker fertilitetsbehandlingar? Målet är att kartlägga vem som får vård och vem som inte får, samt att få en helhetsbild av hur tillgängligheten av behandlingarna skiljer sig mellan de olika klinikerna runt om i landet.

Jag hade två forskningsfrågor:

- Vilka är de faktorer som påverkar deltagandet i fertilitetsbehandlingar inom den offentliga sjukvården?
- Vid vilka situationer måste patienten söka sig till de privata klinikerna?

För att få svar på forskningsfrågorna skickades en enkät ut till alla offentliga kliniker där fertilitetsbehandlingar erbjuds.

9.1 Resultat i jämförelse med tidigare forskning, lagen om assisterad befruktning och grunderna för icke brådskande vård

I denna studie framkom att den övre åldersgränsen för kvinnor som söker sig till fertilitetsbehandlingar varierar mellan 39 och 42 år beroende på klinik. I lagen om assisterad befruktning ges ingen övre åldersgräns för kvinnor som söker vård. I kommentarerna till frågan kom det fram att åldern inte är den enda faktorn som påverkar beslutet och därför kan åldersgränsen variera beroende på situation. Det mest avgörande är hur stor sannolikheten är att behandlingarna lyckas.

I studien gjord av Ron-El et al. gjordes IVF- behandlingar för kvinnor över 40 år. Studien resulterade i att 0 % av kvinnor i 43 års ålder blev gravida. Däremot blev 26 % av kvinnor i 42 års ålder gravida och 13 % ledde till en födsel.

Enligt lagen om assisterad befruktning får inte fertilitetsbehandlingar ges ifall graviditeten på grund av kvinnans ålder eller hälsotillstånd kan medföra betydande fara för kvinnans eller barnets hälsa. I de enhetliga grunderna för icke- brådskande vård skrivs att oavsett behandlingsmetod ska utgångspunkten vara att endast verksamma behandlingsformer används, onödiga och upprepade behandlingar bör inte vidtas. Sannolikheten till framgångsrik behandling ska vara minst 10 % vid provrörsbefruktning per behandlingsomgång. För hormonbehandlingar och inseminationer accepteras en lägre framgångsprocent. Enligt de enhetliga grunderna för icke brådskande vård vid en enhet för fertilitetsbehandlingar kan sannolikheten bedömas bland annat genom att se på kvinnans ålder (>40år).

I underökningen kom det fram att endast en av klinikerna erbjöd behandling åt ensamstående kvinnor. Samma klinik erbjöd däremot inte behandling åt kvinnopar. Resten av klinikerna erbjöd inte behandling åt vare sig ensamstående kvinnor eller kvinnopar. Både ensamstående kvinnor och kvinnopar behöver donerade spermier vid fertilitetsbehandlingarna. Endast tre av de offentliga klinikerna använder sig av donerade könsceller, två av dem spermier och den tredje informerade inte vilken typ av könsceller. En av

dessa kliniker svarade att de ger behandlingar åt ensamstående kvinnor. De två andra klinikerna som använder donerade könsceller ger inte behandling åt ensamstående kvinnor eller kvinnopar. Orsaker till varför klinikerna inte erbjuder behandling åt ensamstående kvinnor och kvinnopar var att de inte använder sig av donerade könsceller eller att de endast ger behandlingar då barnlösheten beror på medicinska orsaker. Det är alltså nästan omöjligt för ensamstående kvinnor eller kvinnopar att få behandling från den offentliga sjukvården.

Lagen om assisterad befruktning begränsar inte givandet av fertilitetsbehandling på basis av ålder, sexuell inriktning, handikapp eller civilstånd. Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter, har var och en som varaktigt bor i Finland rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. I de enhetliga grunderna vid icke brådskande vård står det att fertilitetsbehandling kan genomföras trots att egentlig infertilitet inte ligger bakom, om det finns grunder för detta. Då kunde t.ex. ensamstående kvinnor få inseminationsbehandling med donerade spermier, då de inte själva har tillgång till de könsceller som saknas. Frågan blir ifall det är acceptabelt att neka behandling för ensamstående kvinnor och kvinnopar? Alla borde ha lika rätt till vård utan diskriminering.

En följdfråga som uppstått är varför det endast är tre kliniker som använder sig av donerade könsceller? Orsaken kunde vara att utbudet av donerade könsceller inte är tillräckligt stort. Denna fråga ställdes dock inte i denna studie, men hade varit intressant att veta. Ensamstående kvinnors och kvinnoparens ställning skulle förbättras om det fanns större tillgång till donerade könsceller. En av de kommentarerna till sista frågan lydde: *”Voisi harkita myös luovutetun sperman käyttöä julkisella puolella annettuihin hoitoihin.”*

Frågan gällande transsexuella personer och huruvida de erbjuds vård på klinikerna var svår att svara på. Situationen kan variera mycket beroende på ifall den transsexuella personen har egna användbara könsceller som exempelvis är nerfrysta från tidigare eller om personen har möjlighet att t.ex. avbryta hormonbehandlingen för att starta sin egen hormonproduktion. Om inte detta är möjligt behövs donerade könsceller. I sådana fall där kliniken inte använder donerade könsceller kan transsexuella personer eller deras

partner inte få behandling. Av de tre klinikerna som erbjuder behandlingar med donerade könsceller är det endast en som erbjuder behandlingar åt transsexuella. Det som kan upplevas problematiskt är när en transsexuell person genomgått kirurgiskt könsbyte. Personen blir då automatiskt steril. I enhetliga grunder för icke-brådskande vård rekommenderas att fertilitetsbehandlingar inte ges åt personer som genomgått en sterilisering. Fem kliniker erbjuder behandlingar åt personer som genomgått en sterilisering.

I enkätundersökningen kom det fram att ställningen för de HIV- positiva patienterna kommer att ändras från och med nästa höst. Då kommer HIV- positiva patienter att remitteras till HUS infektionslaboratorium som för tillfället är under konstruktion. HIV- positiva patienter och patienter som bär på andra smittosamma sjukdomar kräver ett eget laboratorium med specialredskap där inga andra könsceller behandlas på grund av smittorisken. Inseminationsbehandlingar är möjliga att utföra på klinikerna där ett infektionslaboratorium saknas i sådana fall där det är endast kvinnan som är HIV -positiv. I dessa fall behandlas inte könscellerna i sig.

Det var endast tre kliniker som svarade att de behandlar HIV- positiva kvinnor och en av dem syftade med sitt svar på nästa höst. Ifall mannen är HIV- positiv måste en spermietvätt göras vilket däremot kräver ett laboratorium med specialredskap. I undersökningen var det endast en klinik som svarade att man behandlar HIV- positiva män och detta gäller också först från och med nästa höst. Då infektionslaboratoriet blir klart kommer HIV- positiva patienter och bärare av andra smittosamma sjukdomar att koncentreras på ett och samma ställe. Detta kommer att märkbart förbättra ställningen för de HIV- positiva i Finland. Tidigare har dessa patienter tvingats åka till Sverige eller Norge för att bli behandlade. Nu kommer kostnaderna för dem att minska. Det är viktigt att HIV- positiva personer får fertilitetsbehandlingar för att minska risken att HIV- smittan överförs till partnern eller barnet.

På frågan som gällde det maximala antalet behandlingar som ges åt enskilda par var svaren väldigt olika. De varierade mellan 3 och 7 stycken. En av klinikerna kommenterade att ifall prognosen är väldigt dåligt erbjuds endast 2 behandlingar. Detta tyder på att det är stor skillnad på var man får fertilitetsbehandlingar och hur många behandlingar som då erbjuds. Enligt enhetliga grunder för icke-brådskande vård skrivs att oavsett

behandlingsmetod ska utgångspunkten vara att endast verksamma behandlingsformer används, onödiga och upprepade behandlingar bör inte vidtas.

Den första forskningsfrågan var *Vilka är de faktorer som påverkar deltagandet i fertilitetsbehandlingar inom den offentliga sjukvården?* Framförallt ville jag få reda på vilka de hinder är som gör det omöjligt för en person att delta i fertilitetsbehandlingar. I enkätundersökningen framgick att ensamstående kvinnor och transsexuella personer har begränsad möjlighet till fertilitetsbehandlingar. Kvinnor får däremot inte behandling inom den offentliga sjukvården. Den övre åldersgränsen för kvinnor varierade beroende på klinik. Den högsta åldersgränsen var 42 år, vilket innebär att kvinnor i åldern 43 och äldre måste söka behandling på de privata klinikerna. En av frågorna gällde ifall det uppkommit situationer där kliniken inte erbjudit behandling. I svaren framkom att behandlingar inte erbjudits ifall man ansett att personen/personerna inte är kapabla att ta hand om ett barn, bland annat på grund av drogmissbruk eller psykiska problem. Ett annat hinder som uppkom var ifall modern är allvarligt sjuk och en graviditet skulle vara en stor risk för modern eller barnet. Ett hög BMI är också en orsak till att behandlingar inte ges. Hur högt BMI det då är frågan om kom inte fram i undersökningen.

10 KRITISK GRANSKNING

I detta kapitel granskas arbetet kritiskt. Materialet till arbetet samlades in genom ett frågeformulär som skickades ut genom e-post till klinikerna. Frågorna i enkäten har formulerats så enkelt och klart som möjligt för att undgå missförstånd och feltolkningar. Efter att pilotstudien gjordes omformulerades frågorna ytterligare för att de verkligen skall svara på de frågor man är ute efter. Alla deltagare fick samma följebrev och påminnelsebrev.

Jag anser att rubriken motsvarar innehållet i arbetet. Syftet förklarar poängen med arbetet och forskningsfrågorna blir också besvarade. Bakgrunden är utförlig och jag anser att den täcker ämnet väl. Vid valet av forskningsartiklarna försökte jag välja sådana artiklar som berörde de problem som kom fram i Anna-Maija Tappers utlåtande ”*Hedelmöi-*

tyshoidon yhtenäiset perusteet” (2014). Den var till mycket hjälp då jag läste mig in i temat. Till en början försökte jag välja artiklar som endast berörde fertilitetsbehandlingar i Finland, men märkte i ett tidigt skede att detta inte var möjligt. Istället har jag valt forskningar som berör de olika problem gällande vem som erbjuds fertilitetsbehandlingar och som går att jämföras med situationen i Finland. Liknande studier som detta arbete har inte gjorts tidigare. Därmed är informationen man fått väldigt värdefullt. Då inte liknande forskning gjorts tidigare påverkade det också sökningen av tidigare forskning. Det har ändå forskats mycket kring barnlösheten och jag kan ha gått miste om bra forskningar. Sökning med flera sökord och i flera databaser kunde ha varit till nytta.

Som teoretisk referensram valdes social- och hälsovårdsministeriets rapport ”Enhetliga grunder för icke-brådskande vård vid en enhet för fertilitetsbehandlingar”. Som teoretisk referensram fungerade det bra, då det är just dessa riktlinjer som klinikerna följer. Enhetliga grunder för icke-brådskande vård ger plats för egen tolkning och därmed skiljer sig klinikerna ifrån varandra även om alla följer dem.

Enkäten skickades ut både till e-post adresser riktade direkt till en person, men också till allmänna e-post adresser som gått till hela personalen. Därmed kunde vem som helst av personalen svara på enkäten. Detta ledde till att det uppkom situationer där personen som svarat inte kunde med säkerhet säga vad avdelningens policy är vid en del av frågorna. Samtidigt var en del frågor svåra att svara på, då de situationer som togs upp i frågorna var rätt ovanliga. Frågan gällande transsexualitet var t.ex. en sådan fråga där det i svaren framkom att personen inte varit med om situationer där en transsexuell person skulle ha sökt behandling. Då var det svårt för personen att avgöra hur kliniken skulle besluta i dessa situationer. Vid analyseringen har anonymiteten bevarats och man kan därmed inte dra några slutsatser mellan svaren och klinikerna. Vid analyseringen beaktades endast skillnaderna i svaren i jämförelse med varandra.

11 AVSLUTNING

I undersökningen framkom det att utbudet av behandlingar varierar enligt bosättningsort och var man söker vård. Stora skillnader finns bland annat vid antalet behandlingar som erbjuds och vid användningen av donerade könsceller. Storleken på sjukhuset och antalet behandlingar som görs årligen hade ingen direkt inverkan på behandlingarna som erbjöds, utan variation fanns både inom de större men också inom de mindre sjukhusen. En intressant sidoprodukt som kom upp i undersökningen var hur de sociala faktorerna kan påverka möjligheten att få behandling. Ifall personalen av olika skäl anser att personen i fråga inte har resurser eller kunskap att ta hand om ett barn, kan de besluta att inte ge fertilitetsbehandlingar åt personen. Det som också lyftes fram var den ekonomiska situationen i Finland och hur den påverkar fertilitetsvården. I en kommentar framgick det att man borde begränsa på de behandlingar som erbjuds inom den offentliga sektorn för att spara in pengar, bland annat att inte erbjuda behandlingar efter en frivillig sterilisering.

I framtida undersökningar föreslår jag att man undersöker orsakerna till varför utbudet på fertilitetsvården skiljer sig så mycket bland fertilitetsklinikerna. Det skulle vara intressant att veta vad detta beror på. Skiljer sig utbudet på grund av ekonomiska skäl eller av princip sak? Man kunde också undersöka vilka situationer personalen uppfattar som mest krävande och problematiska när det kommer till beslutet att ge fertilitetsvård. Vad personalen känner att är det mest knepiga och var det finns brister i t.ex. lagen om assisterad befruktning eller vid ”enhetliga grunder för icke-brådsakande vård”.

Klarare instruktioner gällande när fertilitetsbehandlingar erbjuds skulle göra det lättare för klinikerna att följa gemensamma riktlinjer och samtidigt skulle fertilitetsvården bli mer jämlik. En del kliniker hänvisar till att de kräver att det skall finnas medicinska skäl till barnlösheten för att fertilitetsbehandlingar skall erbjudas. Detta utesluter både ensamstående kvinnor samt kvinnopar. Sammanfattningsvis kan man konstatera att fertilitetsvården inte är jämlik för alla.

KÄLLOR / REFERENCES

Amato, Paula; Brzyski, Robert; Benward, Jean; Stein, Andrea; Steinbock, Bonnie; Wilder, Bruce; Reindollar, Richard; Robertson, John; Daar, Judith; Francis, Leslie; Rebar, Robert; Tipton, Sean; Fisseha, Senait; Ralston, Steven & Spillman, Monique. 2013. *Access to fertility treatment by gays, lesbians, and unmarried persons: a committee opinion*. American Society for Reproductive Medicine. Tillgänglig: [http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(13\)03008-2/fulltext](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(13)03008-2/fulltext) Hämtad: 13.4.2015

Arlebrink, Jan. 1996, *Grundläggande vårdetik – teori och praktik*, Lund: Studentlitteratur, 273 s.

Cabry, Rosalie; Merviel, Philippe; Hazout, Andre; Belloc, Stephanie; Dalleac, Alain; Copin, Henri & Benkhalifa, Moncef. 2013. *Management of infertility in women over 40*. Tillgänglig: [http://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(14\)00065-6/abstract?showall=true](http://www.maturitas.org/article/S0378-5122(14)00065-6/abstract?showall=true) Hämtad: 13.4.2015

ESHRE, European Society of Human Reproduction and Embryology. 2014, *ART fact sheet (June 2014)* Tillgänglig: <http://www.eshre.eu/sitecore/content/Home/Guidelines%20and%20Legal/ART%20fact%20sheet> Hämtad: 4.3.2015

Eskola, Kaarina & Hytönen Eeva. 2008, *Nainen hoitotyön asiakkaana*, WSOY. 396 s.

Finlex. 2006, *Lag om assisterad befruktning*.

Tillgänglig: <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2006/20061237> Hämtad: 11.3.2015

Finlex.1992, *Lag om patientens ställning och rättigheter*. Tillgänglig:

<https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785> Hämtad: 17.3.2015

HNS. 2015, *Avgiftstak*. Tillgänglig:

<http://www.hus.fi/sv/patienten/patientavgifter/avgiftstak/Sidor/default.aspx>

Hämtad: 11.3.2015

HNS. 2015b, *Fertilitetsbehandlingar*. Tillgänglig:

<http://www.hus.fi/sv/sjukvard/sjukvardstjanster/Kvinnosjukdomar/Fertilitetsbehandlingar/Sidor/default.aspx> Hämtad: 13.4.2015

Institutet för hälsa och välfärd, THL. 2014, *Hedelmöityshoidot 2012 -2013*. Tillgänglig:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116187/Tr11_14.pdf?sequence=4

Hämtad: 10.3.2015

Jacobsen, Dag Ingvar. 2012, *Förståelse, beskrivning och förklaring – introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur AB, 327 s.

Laursen, Tinne; Kesmodel, Ulrik Schioler; Hojgaard, Astrid; Ostergaard, Lars; Ingerslev, Hans Jakob & Wejse, Christian. 2012, *Reproductive patterns and fertility wishes among HIV-infected patients: survey from six outpatient clinics in Denmark*. Tillgänglig: http://ac.els-cdn.com/S1201971213000751/1-s2.0-S1201971213000751-main.pdf?_tid=061f0c58-e1c7-11e4-8348-00000aabb0f6b&acdnat=1428920744_a3d2d227317a8f0bec01ea7357ea5dc0

Hämtad: 13.4.2015

Leskinen, Emmi. 2014, *Oikeudellisia näkökohtia Hiv-positiivisten hedelmöityshoidoista*. Helsingin yliopisto, oikeustieteellinen tiedekunta. Tillgänglig:

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/153513/OTMtutkielma.pdf?sequence=2>

Hämtad: 9.4.2014

Miettinen, Anneli. 2008, *Milloin on lapsen aika?* Väestöntutkimuslaitos katsauksia.

Tillgänglig: http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/50e7a43512d8cbef9bab80b4c6396d18/1425899042/application/pdf/237280/Perhebarometri%202008_net.pdf Hämtad: 9.4.2015

Nipuli, Suvi. 2012, *Itselliset naiset hedelmöityshoitojen kentällä*. Helsingin yliopisto.

Tillgänglig: <http://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37698/Itselliset%20naiset%20pro%20gradu.pdf?sequence=3> Hämtad: 9.4.2015

Paananen, Ulla Kristiina; Pietiläinen, Sirkka; Raussi-Lehto, Eija & Äimälä, Anna- Mari. 2015, *Kätilötyö Raskaus, synnytys ja lapsivuodenaika*, 6 uppl., Keuruu: Otava Oy, 640 s.

Sateenkaariperheet ry. 2013, *Syrjintä julkisissa hedelmöityshoitopalveluissa ei perustu lakiin – yhdenvertaiset palvelut on taattava ohjeistuksella*. Tillgänglig:

http://www.sateenkaariperheet.fi/userfiles/documents/Lausunto_hedelmöityshoitoista_julkisissa_palveluissa_-_Sateenkaariperheet_ry_Seta_ry_Trasek_ry_300413.pdf Hämtad: 11.3.2015

Sateenkaariperheet ry. 2015. Tillgänglig:

<http://www.sateenkaariperheet.fi/index.php?item=71> Hämtad: 22.3.2015

Simpukka. 2015, Lapsettomien yhdistys. Tillgänglig: <http://www.simpukka.info/>

Hämtad: 20.3.2015

Social- och hälsovårdsministeriet. 2010, *Enhetliga grunder för icke-brådskande vård 2010*. Tillgänglig:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-31460.pdf Hämtad: 20.3.2015

Suikkari, Anne-Maria; Mäkinen, Sirpa & Tulppala Maija. 2007, *Kun vauva viipyy- lap*

settomuudentutkimus ja hoito. Väestöliitto. Topnova, 38 s.

Tapper, Anna-Maija. 2014, *Hedelmöityshoidon yhtenäiset perusteet*. Tillgänglig:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882185&name=DLFE-31450.pdf Hämtad: 11.3.2015

Tiitinen, Aila & Perheentupa, Antti. 2014, *Hedelmällisyys*. Tillgänglig:
[file:///C:/Users/Maj/Downloads/MSD_hedelmällisyys_web%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Maj/Downloads/MSD_hedelmällisyys_web%20(2).pdf) Hämtad:
10.3.2015

Tiitinen, Aila. 2014. Lapsettomuus. Tillgänglig:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=lapsettomuus&p_artikkeli=dlk00151 Hämtad: 20.3.2015

Tiitinen, Aila; Suikkari, Anne-Maria; Forsman-Behm, Kaisa; Tulppala, Maija & Simberg, Niklas. 2015, *Lapsettomuus*. Parempaa elämää. Tillgänglig:
<http://www.parempaaelamaa.fi/lapsettomuus> Hämtad: 9.4.2015

Valvira. 2015, *Hedelmöityshoitoja antavien klinikoiden toimintatietoja vuodelta 2013*.
Tillgänglig:
http://www.valvira.fi/luvat/hedelmöityshoito/hedelmöityshoitoklinikoiden_toimintatietoja_vuodelta_2013 Hämtad: 10.3.2015

Vuori, Eija & Gissler, Mika. 2014, *Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och ny födda 2013*. Tillgänglig:
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116818/Tr23_14.pdf?sequence=3
Hämtad: 23.3.2015

Väestöliitto. 2013, *Apilaperhe - pohdittavaa kolmen tai neljän vanhemman perheille*.
Tillgänglig: <https://www.perheaikaa.fi/jutut/lapsitoiveissa/vanhemmuus/apilaperhe-pohdittavaa-kolmen-tai-neljan-vanhemman-perheille/> Hämtad: 22.3.2015

Väestöliitto. 2015, *Mistä lapsettomuus johtuu?* Tillgänglig:

<http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklinikka/tietoa-lapsettomuudesta/> Hämtad: 22.3.2015

WHO. 2015, *Infertility*. Tillgänglig: <http://www.who.int/topics/infertility/en/> Hämtad: 17.3.2015

BILAGOR / APPENDICES

Bilaga 1. Informationsbrev åt deltagarna

Tutkittavan tiedote

Hyvä hedelmöityshoitoja antavan sairaalan ja klinikan lääkäri, hoitaja tai muu työntekijä,

Opiskelemme sairaanhoitajiksi ammattikorkeakoulu Arcadassa ja teemme lopputyötämme hedelmöityshoitoista yhteistyössä Lapsettomien yhdistys Simpukan kanssa ja lopputyömme on osa Kaikkien perheiden Suomi-hanketta. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää hedelmöityshoitojen saatavuutta Suomessa.

Pyytäisimme ystävällisesti käyttämään hetken ajastanne ja vastaamaan oheiseen kyselyymme.

Valitattehän ystävällisesti kyselymme tarvittaessa oikealle henkilölle.

Tutkimus sisältää 13 kysymystä, joihin toivoisimme teidän vastaavan valitsemalla oikean vastausvaihtoehdon tai vastaamalla omin sanoin. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 5-10min. Tämä kysely lähetetään sekä julkisen että yksityisen sektorin hedelmöityshoitoklinikoille.

Pyytäisimme vastauksianne ... mennessä oheisen nettilinkin kautta.

<https://survey.arcada.fi/s.aspx?Q=0040063250609236enY6zD>

Osallistuminen on luonnollisesti vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään niin, että yksittäisen vastaajan henkilöllisyyttä ei voi tunnistaa. Vastaukset tallennetaan tietokoneelle ja tallennettu data suojataan käyttäjätunnuksin ja salasanojin niin, että vain tutkijoilla on pääsy materiaaliin. Tulokset julkaistaan lopputyössämme Arcadassa ja sähköisesti keväällä 2015. Materiaali hävitetään kun työ valmistuu. Opinnäytetyötä voidaan käyttää Simpukka ry:n ja Kaikkien perheiden Suomi-hankkeessa.

Kiitos jo etukäteen osallistumisestanne tutkimukseemme ja avunannostanne opinnoissamme.

Tarvittaessa voitte ottaa yhteyttä meililtse tai puhelimitse. Vastaamme mielellämme mahdollisiin kysymyksiinne.

Ystävällisin terveisin,

Maj Lundberg
puh. 050 538 4396
maj.lundberg@arcada.fi

Anna Sundqvist
puh. 040 0551792
sundanna@arcada.fi

Opinnäytetyön vastaava:
Anne Lindfors
puh. 040 1817 911
anne.lindfors@simpukka.info

Opinnäytetyötä ohjaava opettaja:

Pernilla Stenbäck
puh.020 7699595

Bilaga 2. Påminnelse brev åt informanterna

Hyvä hedelmöityshoitoja antavan sairaalan ja klinikan lääkäri, hoitaja tai muu työntekijä,

Sait noin viikko sitten sähköpostiisi kyselylomakkeen liittyen hedelmöityshoitoja koskevaan lopputyöhömmme. Teemme lopputyön yhteistyössä Lapsettomien yhdistys Simpukan kanssa, ja se on osa Kaikkien perheiden Suomi-hanketta. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää hedelmöityshoitojen saatavuutta Suomessa.

Mikäli ette ole vielä ehtinyt vastaamaan kyselyymme, toivoisimme, että vastaisitte siihen 14.4.2015 mennessä. Vastauksenne on meille erittäin arvokas. Voitte vastata kyselyymme alla olevan nettilinkin kautta.

<https://survey.arcada.fi/s.aspx?Q=00400632506092688h756V>

Tulokset julkaistaan lopputyössämme Arcadassa ja sähköisesti keväällä 2015. Materiaali hävitetään kun työ valmistuu. Opinnäytetyöstä saatavia tietoja käytetään Simpukassa ja Kaikkien perheiden Suomi- hankkeessa hoitojen riittävään ja tasapuoliseen saatavuuteen liittyvässä vaikuttamistyössä.

Kiitos jo etukäteen osallistumisestanne tutkimukseemme ja avunannostanne opinnoissamme.

Tarvittaessa voitte ottaa yhteyttä meihin meilitse tai puhelimitse. Vastaamme mielellämme mahdollisiin kysymyksiinne.

Ystävällisin terveisin,
Maj Lundberg
puh. 050 538 4396
maj.lundberg@arcada.fi

Anna Sundqvist
puh. 040 0551792
sundanna@arcada.fi

Opinnäytetyön vastaava:
Anne Lindfors
Toiminnanjohtaja
Lapsettomien yhdistys Simpukka ry
puh. 040 1817 911
anne.lindfors@simpukka.info

Opinnäytetyötä ohjaava opettaja:
Pernilla Stenbäck
puh. 0207699595

Bilaga 3. Enkätfrågorna



Hedelmöityshoitosten saatavuus julkisilla ja yksityisillä hedelmöitysklinikoilla

Taustakysymykset:

1. Missä lapsettomuushoitoja tarjoavassa yksikössä/klinikalla työskentelette? Millä paikkakunnalla klinikkanne toimii?

2. Oletko:

Lääkäri
Hoitaja
Muu työntekijä

3. Montako koeputkihedelmöityshoitoa teette vuodessa yksikössä/klinikallanne?

Tutkimuskysymykset:

4. a. Onko yksiköllänne/klinikallanne hoitoon hakeutuville naisille yläikärajaa?

Kyllä

Ei ole

b. Mikäli vastasitte kyllä: Mikä on sairaalanne/klinikkanne yläikäraja naisille joille tarjotaan hedelmöityshoitoa?

c. Onko yksiköllänne/klinikallanne hoitoon hakeutuville miehille yläikärajaa?

Kyllä

Ei ole

c. Mikäli vastasitte kyllä: Mikä on sairaalanne/klinikkanne yläikäraja miehille jotka hakeutuvat hedelmöityshoitoon?

5. Tarjoatteko hoitoa pariskunnille, joilla on aikaisempia yhteisiä lapsia?	<input type="checkbox"/> Kyllä tarjoamme <input type="checkbox"/> Emme tarjoa
Jos vastasitte kyllä, tarjoatteko hoitoja pariskunnille joilla on jo (valitse oikea tai oikeat vaihtoehdot):	
<input type="checkbox"/> Yksi yhteinen lapsi <input type="checkbox"/> Kaksi yhteistä lasta <input type="checkbox"/> Useampia yhteisiä lapsia (enemmän kuin kaksi)	
6. Tarjoatteko yksin, ilman kumppania tuleville naishenkilöille hedelmöityshoitoa?	<input type="checkbox"/> Kyllä tarjoamme <input type="checkbox"/> Emme tarjoa
Tarkenna halutessasi:	
7. Tarjoatteko naispariskunnille hedelmöityshoitoa?	<input type="checkbox"/> Kyllä tarjoamme <input type="checkbox"/> Emme tarjoa
Tarkenna halutessasi:	
8. Tarjoatteko pariskunnille, joista toinen osapuoli on transsukupuolinen, hedelmöityshoitoa?	<input type="checkbox"/> Kyllä tarjoamme <input type="checkbox"/> Emme tarjoa
Tarkenna halutessasi	
9. Tarjoatteko sterilisaatiotoimenpiteen läpikäyneille hedelmöityshoitoa?	<input type="checkbox"/> Kyllä tarjoamme <input type="checkbox"/> Emme tarjoa
Tarkenna halutessasi:	
10. Saavatko potilaat hoitoja lahjasukusoluilla? Valitse oikea tai oikeat vaihtoehdot.	
<input type="checkbox"/> Kyllä. Tarjoamme hoitoja lahjasukusoluilla. <input type="checkbox"/> Jos vastasit kyllä niin mitä lahjasukusoluja on käytössä? <input type="checkbox"/> Kyllä, jos heillä on oma lahjoittaja. <input type="checkbox"/> Ei, käytämme ainoastaan potilaan omia sukusoluja.	
11. Tarjoatteko hoitoa tartuntavaarallista tautia sairastaville?	
a. Jos nainen on Hiv-positiivinen?	<input type="checkbox"/> Kyllä tarjoamme <input type="checkbox"/> Emme tarjoa
b. Jos mies on HIV-positiivinen?	<input type="checkbox"/> Kyllä tarjoamme <input type="checkbox"/> Emme tarjoa
b. B- tai C-hepatiittia sairastavalle?	<input type="checkbox"/> Kyllä tarjoamme <input type="checkbox"/> Emme tarjoa
Muuta lisättävää:	

12. Onko hoitoon hakeutuvan oltava Suomen kansalainen?	Kyllä Ei
--	-------------

13. Mikä on maksimimäärä hoitoja, joita tarjoatte yhdelle parille?
a. Koeputkihedelmöityksessä?

b. Inseminaatiossa, oman miehen siemennesteellä?

c. Inseminaatiossa, luovutetuilla siittiöillä?

d. Joissain muissa hoidossa, missä?

14. Onko yksikössänne/klินิกallanne ollut tilanteita joissa olette kieltäytyneet hoitamasta pareja/hoitoon hakeutuvia?
Millaisissa tilanteissa olette kieltäytyneet hoitamasta?

15. Mitä haluaisitte lisätä liittyen lapsettomuushoitojen saatavuuteen yksikössänne/klินิกallanne? Onko jotain erityistä mitä edellisissä kysymyksissä ja vastauksissa ei tullut esille?